ABCES DU POUMON

Dr ADILA.F
Service de pneumologie HCA

Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

OBJECTIFS

- Définir un abcès du poumon
- Savoir rechercher un terrain de débilité local et/ou général
- Poser un diagnostic positif
- Reconnaitre le diagnostic différentiel
- Traiter l'infection et le terrain sous jacent
- Connaitre l'évolution
- Savoir prévenir un abcès du poumon

PLAN

- Définition
- Intérêt de la question
- Étiopathogénie
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Traitement
- Evolution / Complications
- Conclusion

Définition

Une suppuration collectée dans une ou plusieurs cavités néoformées, creusées dans le parenchyme pulmonaire par une inflammation aigue bactérienne non tuberculeuse.

Intérêt de la question

- **Fréquence** : L'abcès pulmonaire est encore une pathologie fréquente malgré la nette diminution de sa prévalence depuis l'introduction des antibiotiques
- **Diagnostic** : tardif , souvent au stade de foyer ouvert
- **Terrain particulier** : de débilité local et /ou général
- **Thérapeutique** : antibiothérapies synergiques + drainage
- **Pronostic** : affection grave car le pronostic vital et/ou fonctionnel est parfois engagé

Étiopathogénie

- **Age et sexe:**
  - Homme adulte entre 30 et 60 ans (8H/2F)
  - Nourrisson et enfant: staphylococcie pleuro pulmonaire ++++

- **Terrain :**
  - local: foyer infectieux des VAS; état buccodentaire précaire
  - Général : tabagisme; éthylisme; néoplasie avancée ;diabète , immunodépression ;traitement immunosuppresseur ; dénutrition………..

Mécanismes de survenue :

1. Voie bronchogène: ++++Inhalation du matériel septique en provenance des voies aérodigestives , fausse route « AVC , anesthésie générale »……….

2. Voie hématogène : plus rare , dans le cadre du septicémie « généralement multiple »………

3. Propagation suppurée locorégionale: par contiguïté : sténose bronchique « corps étranger, tumeur bronchique »; abcès sous phrénique; cancer de l'œsophage ; plaie thoracique septique…….

Diagnostic positif

A. Etude clinique : Evolution typiquement en **trois phases:**

1. **La phase de foyer fermé:** le malade présente des symptômes très proches d'une pneumonie aiguë avec toux, douleur thoracique et fièvre.

   Mais on pourrait craindre l'abcédation devant la persistance d'une fièvre élevée avec altération marquée de l'état général et une douleur thoracique tenace du coté intéressé.

2. **La vomique:** « entre le 4éme et le 10éme jours »: c'est le rejet par la bouche, à la suite d'un violant accès de toux, d'une quantité variable de pus franc, fétide, quelque fois mêlé à du sang. Elle est parfois précédée de prodromes : accès de fétidité de l'haleine, nausées ou une petite hémoptysie.

   Dans les cas où la fièvre était franche, cette vomique entraîne une baisse thermique remarquable consécutive au drainage.

3.La phase de foyer ouvert :

L'abcès est en communication directe avec les VA et C'est souvent à ce stade seulement qu'on est appelé à examiner le malade pour la première fois:

- Une chute thermique incomplète, avec une fièvre oscillante 38 à 39°c
- Un état général altéré avec pâleur, faciès de l'infecté, langue saburrale, asthénie, anorexie et amaigrissement.
- les courbes d'expectoration et de fièvre se croisent.

NB: pour les trois stades évolutifs : L'examen physique est pauvre et rarement évocateur du diagnostic. On peut retrouver des signes en foyer de condensation pulmonaire et/ou un syndrome cavitaire.

B. Examens para cliniques :

1. Radiologie: - téléthorax « F+P »:

Les quatre grands signes radiologiques sont:

1. image hydro-aérique
2. paroi fine
3. Bronche de drainage
4. Variabilité du niveau sur plusieurs examens





- Echographie thoracique et TDM thoracique :

dans les cas difficiles

2. Biologie: hyperleucocytose à PNN , CRP+, VS accéléré

3.Étude bactériologique:

- **ECBC** « examen direct + culture» :de préférence avant toute ATB , sensibilité et spécificité faible

- **Prélèvements per-fibroscopiques:** aspiration trachéo-bronchique; LBA et brossage bronchique protégé ++++

- **Hémocultures:** pic thermique et frisson

4.La place de la fibroscopie bronchique: Diagnostic bactériologique ; rechercher une cause locale: une tumeur bronchique chez le fumeur+++ et le corps étranger chez l'enfant

Diagnostic Différentiel

1- Au stade de foyer fermé :

- Pneumopathies virales ; Pneumonie tuberculeuse; Cancer bronchique primitif ou secondaire et Embolie pulmonaire.

2- Au stade de vomique :

- Vomique hydatique
- Dilatation des bronches

3- Au stade de foyer ouvert :

- Abcès sur cavité préexistante :on parle de suppuration secondaire
- Cancer broncho-pulmonaire excavé
- Tuberculose pulmonaire excavée
- cavité aspergellaire.

Diagnostic étiologique

1- Terrain : à rechercher systématiquement

2- Portes d'entrée : foyer ORL : +++, Foyers dentaires infectés; lésion cutanée ou plus rarement Appendicite , Cholécystite….

3- Germes : une flore poly microbienne dont les anaérobies dans 60-90% des cas:

- **anaérobies :**haleine fétide ++++; état dentaire précaire; coma, anesthésie générale, convulsion ,AVC…..
- **Staphylocoque doré**: diabète ,toxicomanie , lésion cutanée, cathéters intraveineux …….
- **Klebsiella pneumoniae:** diabète, alcoolisme ,scissure bombée
- **Pseudomonas aerogenosa :** très grave +++; nosocomiale

Traitement

But :

- Stériliser le foyer infectieux
- Éviter les complications.
- Prendre en charge le terrain.

Moyens et indications :

a- Mesures hygiéno-diététiques :

Repos strict au lit et un apports nutritionnels hypercaloriques

b- Antibiotiques : probabiliste au début puis adaptée à l'antibiogramme. Elle consiste à l'association d'au moins 2 antibiotiques «le traitement initial doit comporter une bétalactamine + métronidazole ou bien C3G + aminoside »

D'abord par voie parentérale puis relais per os après l'apyrexie et l'amélioration clinique « pendant 6 à 8 S »

C- Kinésithérapie de drainage

Le drainage postural : habituellement effectué de 2 à 4 fois par jour, avant les repas pour prévenir les nausées, les vomissements et l'inhalation de matières étrangères.

D- Chirurgie : en cas d'échec d'ATB thérapie bien conduite après 3 mois ,et pour traiter les séquelles sources des complications

E- Autres: - traitement du terrain: équilibrer diabétique , corriger une anémie…………..

- Traiter la porte d'entrée.

Surveillance:

- **La clinique :** signes fonctionnels, signes généraux et les signes physiques avec une courbe de température+++ et volumétrie des crachats+++ .
- **La biologie** : NFS, VS, CRP.
- **La radiographie thoracique.**

Evolution /Complications

1. Évolution favorable : (Guérison)

- Elle est habituelle grâce au traitement antibiotique précoce et adapté (90% des cas).
- Amélioration clinique et biologique en 2 semaines
- Amélioration radiologique plus tardif(4 à 6 semaines) avec image normale ou des séquelles simples à type de réticulations linéaires ou étoilées.

2. Évolution défavorable :

- Exceptionnelle, elle peut être due à la résistance initiale ou secondaire des germes en cause ou à une antibiothérapie trop tardive ou insuffisante, ou surtout à la déficience du terrain:

- À la phase aigue : il faut craindre :
- - <u>la vomique asphyxique</u> : par inondation bronchique +++.
- - <u>la septicémie</u> : abcès extra pulmonaires : cérébral, rénal…
- - <u>la cachexie</u> : liée au terrain.
- - <u>la pleurésie purulente</u> : par ouverture de l'abcès dans la plèvre.

- À long terme : il faut craindre :
- - <u>évolution vers la chronicité</u> : « indication de la chirurgie »
- - <u>les séquelles</u> : ***1. cavités résiduelles*** « source de surinfection , hémoptysie et surtout la greffe aspergellaire .

  2. DDB: source d'hémoptysie et de surinfection

Prévention :

- Traiter les pneumopathies aigues par les antibiotiques à doses suffisantes jusqu'à guérison complète
- Traiter les infections dentaires, pharyngées, sinusiennes et otiques
- Équilibrer les états glycémiques
- Arrêter l'alcool et le tabac
- Vaccination anti-pneumococcique

Conclusion

- L'abcès pulmonaire est encore une pathologie fréquente malgré la nette diminution de sa prévalence depuis l'introduction des antibiotiques .
- Souvent secondaire à une cause locale et /ou générale.
- Le traitement repose sur l'action synergique d'antibiotiques et le drainage postural.
- Le pronostic dépend surtout de la virulence du germe et du terrain.